**愛知県看護協会**

**看護師特定行為研修**

**受講審査手続提出書類一式**

1. 受講願書（様式１）
2. 履歴書（様式２）
3. 実務経験書（様式３）
4. 志願理由書（様式４）
5. 区分別実習施設情報（様式５）
6. 写真票、受験票、受講手続料振込明細書兼受領証のコピー（様式６）

|  |
| --- |
| 記入上の注意事項は、公益社団法人愛知県看護協会ホームページ（http://www.aichi-kangokyokai.or.jp/）特定行為研修サイトをご参照ください。記載に不備な点がある場合は受講できませんのでご注意ください。 |

|  |
| --- |
| 記入いただいた個人情報は、受験資格要件の確認、および応募状況の統計処理のために利用いたします。 |

（様式１）

**受　講　願　書**

 　公益社団法人 愛知県看護協会

会長　様

　　　私は、公益社団法人愛知県看護協会特定行為研修を受講したく、

ここに関係書類を添えて申請します。

 　　　　　　 令和　　　　年 月 日

 　　ふりがな

 　　現 住 所

 　　（〒　　　－　　　）

 　　ＴＥＬ

 ふりがな

 　　　 氏　名（自署） 　印

 　　　 令和 年　　 月　　日生

（様式２）

**履歴書**

写真貼付

(4.5cm×3.5cm)

写真裏面に記名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　　　年　　　月　　　日　現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　ふりがな | 　 | 男・女 |
| 氏　名 | 　 | 印 |
| 生年月日 | （西暦）　　　年　　　月　　　日生　（満　　 歳） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | (TEL)　自宅　携帯(e-mail) |
| 現住所 | 〒　　　－ |
| ふりがな |  |  |
| 所属機関名 |  | 【病床数】　　　　　　　　　　　床 |
| 設置主体 |  | (TEL)(FAX) |
| 所属機関住　所 | 〒　　　－ |
| 免許取得年月日 | （保健師）　西暦　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　 号（助産師）　　　　　　 年 月　　　日　　　　　　　　　　　号（看護師）　　　　　　 年 月　　　日　　　　　　　　　　　号 |
| 認定看護師（　　　　　　　　　　　　　　　分野）年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　号専門看護師（　　　　　　　　　　　　　　　分野）　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　号 |
| 学歴※高等学校以上について記載 | 西暦　　年　　月　～　　　年　　　月（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）西暦　　年　　月　～　　　年　　　月（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）西暦　　年　　月　～　　　年　　　月（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）西暦　　年　　月　～　　　年　　　月（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 認定看護師教育 | 修了年　　西暦　　 年　　月　　修了　教育機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| **実務経験書**氏名：　　　　　　　　　　　　　　１．看護師実務経験 |
| 年 | 月 |  | 年 | 月 | 期間(月数) | 所属施設名 | 部署 | 職位 | 実務経験内容 |
|  |  | 〜 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 〜 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 〜 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 〜 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | ①合計 |  |  |  |  |  |
| ２．社会における活動（所属学会） |
| 所属学会等 |  |
|  |
|  |
|  |

（様式４）

（様式３）

**志願理由書**

令和　　　　　年　　　月　　日

氏名（自署）　　　　　　　　　　　印

　※研修の志願理由及び研修修了後の抱負について800字以内で記入して下さい

（最後に文字数を記入してください）

（文字数　　　　字）

（様式５）

区分別実習施設情報

氏名：

1. 区分別科目実習(栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連)を行う施設に関する希望

**当協会の特定行為研修は研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、継続した指導医の指導と安全に活動する施設基盤を重要と考え、原則自施設実習となります。**

|  |  |
| --- | --- |
| 希望に○印 | 施設名称 |
|  | 1. 自施設実習
 |  |
|  | 1. 実習可能な

関連施設 |  |
|  |
|  |
|  | 1. 他施設実習
 | 実習施設がない |

1. 施設情報

１．において①又は②を選択した場合、実習施設の要件にあてはまる場合に〇を記入する

|  |  |
| --- | --- |
| 当てはまる場合に〇印 | 実習施設の要件 |
|  | 実習期間中に各特定行為の症例が５症例以上ある※　特定行為名：脱水症状に対する輸液による補正持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |
|  | 指導者がいる※指導者とは臨床経験が７年以上で「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師 |

|  |
| --- |
| (様式６) |
| 公益社団法人愛知県看護協会特定行為研修 |
| 写真票 | ※受験番号 |  |
| ふりがな |
| 氏　　名 |
| 看護師特定行為研修（区分別科目）栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
| 所属施設 | 写真貼付（4.5×3.5cm）裏面に氏名を記入し貼付してください。 |
| 施設名 |
| 所在地(都道府県のみ） |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| 公益社団法人愛知県看護協会　特定行為研修 |
| 受験票 | ※受験番号 |  |
| ふ ふりがな |
| 氏　　名 |
| 看護師特定行為研修（区分別科目）栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |
| 所属施設 | 写真貼付（4.5×3.5cm）裏面に氏名を記入し貼付してください。 |
| 施設名 |
| 所在地(都道府県のみ） |
|  |
|  |

受講審査料

振込明細書貼付欄

（コピー可）